

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

165

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 février 1909, à 1 heure

PAR

André CHATAING

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE STATISTIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

à la Clinique Tarnier

DE 1898 A 1909

Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. DE LAPERSONNE, professeur
QUENU, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

76. p. 4

163

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 février 1909, à 1 heure

PAR

André CHATAING

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE STATISTIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

à la Clinique Tarnier

DE 1898 A 1909

Président : M. BAR, professeur
Juges { MM. DE LAPERSONNE, professeur
QUENU, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHTER
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISAUD
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	ROGER
	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BRIZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFTEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ETUDE STATISTIQUE
DES
Présentations de l'épaule à la Clinique Tarnier
de 1898 à 1908

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude du sujet qui nous occupe, nous tenons à témoigner à nos maîtres, notre profonde gratitude pour les précieux enseignements dont ils ont bien voulu nous faire profiter, pendant le cours de nos études.

Nous rendrons d'abord hommage à nos premiers Maîtres sous la direction desquels nous avons fait nos débuts dans la carrière : MM. Porte, Girard, Perriol, Deschamp. Nous nous souviendrons toujours de la bienveillance qu'ils nous ont montrée pendant les deux années passées à Grenoble.

Nous n'oublierons pas non plus le temps passé dans le service du professeur Reclus : la science cli-

nique de ce maître, nous a rendu de grands services.

Dans le service d'oto-rhino-laryngologie à Saint-Antoine, nous avons trouvé en MM. Lermoyez et Bourgeois des guides précieux qui nous ont inculqué les premiers éléments de la spécialité. Nous n'oublierons jamais avec quelle bonté MM. Bellin, Laurens et Hautant nous sont venus en aide ; nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner ici notre reconnaissance.

Que MM. les D^{rs} Enriquez et Ambard reçoivent aussi nos remerciements pour les conseils qu'ils ont bien voulu nous donner pendant notre année d'externat à l'Hôtel-Dieu.

Mais nos remerciements iront surtout à M. le professeur Bar. Nous n'oublierons jamais avec quelle bonté il nous a accueilli à la clinique Tarnier, avec quelle zèle il a voulu nous enseigner l'art difficile de l'obstétrique. Depuis, sa sympathie semble nous avoir suivi ; il nous en a fourni une preuve, en nous donnant le sujet de ce travail. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance et l'expression de nos plus sincères remerciements.

Nous remercions aussi MM. Cathala, Lequeux et Devraigne, pour l'appui qu'ils nous ont apporté dans l'achèvement de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUE GÉNÉRALE

Nous avons consulté les registres des accouchements qui se sont faits à la clinique Tarnier pendant dix années : de 1898 à 1908 (1). En voici les résumés :

Année 1898. — Accouchements ou avortements : 1.433

Gémellaire.....	15
Avortement.....	36
Sommet.....	1.345
Siège.....	50
Face.....	7
Epaule.....	10

Année 1899. — Accouchements ou avortements : 1.649

Gémellaire.....	14
Avortement.....	68
Sommet.....	1.527
Siège.....	56
Face.....	8
Epaule.....	4

1. Il nous a été impossible de faire la statistique des présentations de l'épaule, pendant l'année 1906 : les registres de cette année ayant été égarés au moment de la mort du professeur Budin.

Année 1900. — Accouchements ou avortements : 1.638

Gémellaire.....	14
Avortement.....	62
Sommet.....	1.509
Siège.....	58
Face	11
Epaule	12

Année 1901. — Accouchements ou avortements : 1.738

Gémellaire.....	12
Avortement.....	59
Sommet.....	1.627
Siège.....	52
Face	8
Epaule	5

Année 1902. — Accouchements ou avortements : 1.401

Gémellaire.....	13
Avortement.....	39
Sommet	1.313
Siège.....	52
Face	5
Epaule	6

Année 1903. — Accouchements ou avortements : 1.555

Gémellaire.....	20
Avortement.....	54
Sommet.....	1.457
Siège.....	45
Face	6
Epaule	13

Année 1904. — Accouchements ou avortements : 1.650

Gémellaire.....	19
-----------------	----

Avortement.....	53
Sommet.....	1.559
Siège.....	45
Face.....	3
Epaule.....	9

Année 1905. — Accouchements ou avortements : 11.679

Gémellaire.....	26
Avortement.....	80
Sommet.....	1.540
Siège.....	59
Face.....	5
Epaule.....	15

Année 1907. — Accouchements ou avortements : 1.716

Gémellaire.....	12
Avortement.....	86
Sommet.....	1.541
Siège.....	53
Face.....	10
Epaule.....	7

Année 1908. — Accouchements ou avortements : 1.707

Gémellaire.....	16
Avortement.....	123
Sommet.....	1.519
Siège.....	79
Face.....	8
Epaule.....	14

Nous avons donc noté 16.202 accouchements ou avortements ; nous devons retrancher de ce nombre les 660 avortements, il nous reste donc 15.542 accou-

chements. Le nombre des présentations de l'épaule est de 95, ce qui nous donne une moyenne générale de 1 p. 163.

Consultons maintenant les statistiques classiques (1) afin de voir si la nôtre répond bien aux données générales.

M ^{me} Lachapelle	68	épaules sur	15.652	acc.	Moy.	1/230
Paul Dubois	13	sur	2.022			1/155
Blaud	1	épaule sur	210	acc.		
Depaul	189	— sur	16.233	—	Moy.	1/85
Merriman	1	— sur	155	—		
Nœgelé	1	— sur	180	—		
Collins	1	— sur	416	—		
Clarke	1	— sur	212	—		
Porquet	55	— sur	4.000	—	—	1/72
Pinard	806	— sur	100.000	—	—	1/124
Jacquemier	1	— sur	180	—		
Joulin	1	— sur	233	—		
Ribemont	1	— sur	200	—		
Routier	1	— sur	125	—		
Maygrier	1	— sur	220	—		

Enfin le Dr Planchon (2), dans sa thèse qui contient le relevé des présentations de l'épaule à la clinique Tarnier de 1888 à 1898, et dont notre travail n'est qu'une suite, a constaté, comme nous, 95 épaules, sur 13.257 accouchements, soit une moyenne de 1/139.

1. In Dufour. Thèse de Paris, 1900.

2. Planchon. Thèse, Paris, 1898.

Comme on le voit, ces résultats ne sont pas tous concordants. La raison en est que, parmi ces statistiques, les unes ne comprennent que les femmes ayant accouché à terme, tandis que les autres portent sur tous les accouchements, prématurés ou non.

Toutefois, si nous prenons la moyenne générale, nous arrivons au chiffre de 1 épaule sur 183 accouchements.

Il semble donc au premier abord, que le nombre des présentations de l'épaule ne tende pas à diminuer, mais en adoptant la moyenne classique qui est de 1 p. 120, c'est alors qu'apparaît la diminution.

Si nous comparons, d'autre part, nos résultats à ceux du Dr Planchon, nous trouvons un pourcentage bien inférieur. En 1898, il remarquait déjà une diminution du nombre des présentations de l'épaule « grâce à l'observation journalière à laquelle sont soumises aujourd'hui les femmes enceintes, grâce aussi aux appareils appliqués quelque temps avant l'accouchement, leur nombre va en diminuant ».

Cette diminution incessante et indéniable, prouvée par des statistiques rigoureusement exactes, nous amènera bientôt à les considérer, comme les plus rares de toutes les présentations.

Les dangers auxquels elles peuvent exposer l'enfant et la mère, ont de tout temps poussé les accoucheurs à employer des moyens aptes à les éviter. La création des consultations gratuites dans les hôpitaux fut la première mesure employée dans ce but. Alors qu'autrefois la femme enceinte ne se faisait

jamais examiner pendant le cours de sa grossesse, fait qui s'observe malheureusement encore dans les campagnes, aujourd'hui elle va à la consultation, demander selon son expression si « l'enfant est bien placé ». On peut ainsi la suivre pendant le cours de la gestation, et obvier facilement aux complications qui peuvent se produire ; c'est ainsi qu'une version par manœuvres externes faite à propos, évitera une intervention plus dangereuse pour la femme et pour l'enfant, au moment du travail.

Ce moyen ne pouvait suffire à lui seul, il fallait en même temps compléter les connaissances des élèves en obstétrique. Que de ruptures utérines, de présentations de l'épaule irréductibles eussent été évitées, si on avait fait un diagnostic rapide, et si on était intervenu au moment d'élection.

On apprend maintenant, dans les services hospitaliers, les procédés utiles en vue de diagnostiquer à temps la présentation, et d'éviter les complications possibles. L'examen quotidien des femmes, les cours à l'amphithéâtre, les interventions sur les mannequins, rendent de très grands services aux étudiants qui seront ainsi aptes à prévenir les graves accidents que peuvent entraîner les présentations de l'épaule.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les différentes présentations que nous avons relatées, nous voyons que la présentation de l'épaule se range entre celle du siège et celle de la face, sauf

En 1889 où nous trouvons 8 faces et 4 épaules

En 1901 — 8 faces et 5 épaules

En 1907 — 10 faces et 7 épaules

Nous sommes donc d'accord avec les statistiques classiques qui considèrent qu'il y a :

98 fois des présentations du sommet sur 100 acc.

1 fois — du siège sur 30 acc.

1 fois — de la face sur 250 acc.

Nous allons maintenant, passer en revue les observations de présentations transversales que nous avons relevées. Nous avons essayé de les ranger selon la cause qui semble avoir déterminé la présentation ; classement peu exat, car plusieurs femmes présentent à la fois plusieurs symptômes ne permettant pas d'attribuer la cause, aux uns plutôt qu'aux autres.

Nous insisterons spécialement sur les observations des femmes que nous avons pu examiner pendant notre année d'externat à la clinique Tarnier en 1908.

CHAPITRE II

STATISTIQUE D'APRÈS LA CAUSE DE LA PRÉSENTATION

Multiparité

« Une des causes les plus puissantes de la présentation de l'épaule dit le professeur Pinard (1), est certainement la multiparité, elle fait disparaître les principaux facteurs de l'accommodation. » La primipare, en effet, possède une paroi abdominale ferme et résistante : elle est en bonne condition pour lutter contre la pression qu'exerce contre elle l'utérus en se développant. Le muscle utérin, non affaibli par des grossesses antérieures, est doué de toute sa force.

Chez la multipare, au contraire, « les grossesses répétées rendent la paroi utérine plus mince et plus souple. Il semble que chaque gestation fasse disparaître une certaine somme d'élasticité de ce muscle : et par cela même, plus les grossesses sont nombreuses, moins l'utérus montre de tendance à conserver sa forme normale et primitive » (2). De plus, à cha-

1. Pinard. *Traité du palper abdominal*.

2. Pinard. *id.*

que nouvelle grossesse, la paroi abdominale subit une élongation, la ligne blanche s'élargit, les muscles grands droits s'écartent, il y a relâchement de tous les muscles de la paroi : elle sera incapable de maintenir l'utérus. Celui-ci pourra se développer aussi bien suivant son axe transversal que vertical. De même, le fœtus n'étant pas soutenu, maintenu par suite de l'impuissance du muscle utérin surmené, n'aura aucune tendance à s'accommoder et pourra dès lors se présenter en position transversale.

Ajoutons à cela, l'influence exercée par les muscles utéro-pelviens, comme l'a montré Thévenot (1). Tandis que ces muscles, indemnes chez la primipare, se contractent facilement et, joignant leur action à celle de l'utérus et de la paroi abdominale, déterminent l'engagement de la tête pendant les derniers mois de la grossesse, chez la multipare, ils ne se contractent plus et le fœtus conserve plus longtemps sa mobilité.

Les statistiques reconnaissent à la multiparité, la priorité parmi les causes des présentations transversales.

Pinard sur 806 présentations de l'épaule, compte 656 multipares et 150 primipares.

A la clinique Baudelocque, on a constaté de 1890 à 1900, 82 présentations de l'épaule : 12 se présen-

1. Thévenot. *Gaz., hebdomadaire*, 1882.

taient chez des primipares, soit 14,63 0/0 ; 70 chez des primipares, soit 85,36 0/0.

Le Dr Planchon (1) dans sa statistique des présentations de l'épaule à la clinique Tarnier de 1888 à 1898, compte sur 95 cas, 10 grandes multipares : 10,5 0/0, mais, ajoute-t-il « ce n'est pas seulement 10, mais 55, qui ont eu cette présentation vicieuse seulement, les 45 autres avaient en plus, soit des bassins viciés, soit des placentas prævias, soit de l'hydramnios ».

Dans notre statistique, qui porte également sur 95 cas, nous observons 15 présentations de l'épaule, ne mentionnant pas ici, comme le Dr Planchon, les multipares chez qui nous avons relevé d'autres causes expliquant la présentation.

OBSERVATION 1. (1898, n° du registre 1257). — Vingt et un ans, multipare.

Entrée à la clinique le 11 septembre 1898. Présentation de l'épaule gauche en AIG.

Accouchements antérieurs normaux. Premières douleurs le 8 septembre.

12 septembre. — M. Dubrisay pratique la version podalique.

Extraction d'un enfant qui meurt pendant l'intervention.

Poids 3.800 grammes. Durée du travail, quatre jours. Délivrance naturelle.

Poids du placenta 670 grammes. Suites de couches normales.

1. Planchon. Thèse de Paris, 1898.

OBS. 2 (1898, n° 1658). — Trente-trois ans, VIII-pare (tous spontanés).

Vient à la clinique le 11 décembre 1898. Présentation de l'épaule gauche en AID, avec procidence du cordon. A dilatation complète, version par manœuvres internes par le professeur Budin. Extraction d'un enfant vivant, poids 2.380 grammes. Durée du travail, soixante heures.

Délivrance naturelle. Poids du placenta 340 grammes. Suites de couches normales.

OBS. 3 (1899, n° 513). — Quarante-cinq ans.

Douze grossesses antérieures, dont une gémellaire : ces 12 accouchements se sont passés naturellement. Vient à la consultation le 8 avril. D. R : 14 juillet 1898.

Examen. — Tête mobile.

15 avril. — Présentation de l'épaule droite. Transformation de la présentation en OIGT par version par manœuvres externes.

22 avril. — Revient à la clinique. Présentation du siège. Nouvelle version par manœuvres externes. On met une ceinture.

3 mai. — Premières douleurs. M. Macé trouve une présentation de l'épaule droite en AIG. Les bruits du cœur sont bons. Membranes intactes à travers lesquelles on sent une anse de cordon. Rupture spontanée de la poche des eaux. Version podalique rendue difficile par une rétraction de l'anneau de Bandl.

Extraction longue et pénible. Enfin, quarante-cinq minutes après, extraction d'un enfant qui naît étonné, mais revient facilement. Durée du travail, dix heures.

Délivrance naturelle. Poids du placenta, 520 grammes.

L'enfant pèse 3.280 grammes. Longueur du cordon, 70 centimètres.

Suites de couches normales.

OBS. 4 (1899, n° 1267). — Vingt-quatre ans, multipare.

Accouchements antérieurs normaux. Vient à la clinique le 9 octobre. Présentation de l'épaule droite en AID, avec pro-cidence du cordon. M. Chavanne pratique la version par manœuvres internes. Opération facile. Extraction avec l'aide de l'expression abdominale d'un enfant vivant. Poids, 3.700 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Le placenta pèse 550 grammes.

Légère hémorragie consécutive, arrêtée par une injection intra-utérine. Longueur du cordon, 45 centimètres.

Suites de couches normales.

OBS. 5 (1900, n° 958). — Vingt-six ans, multipare.

Les accouchements antérieurs se sont passés normalement. Vient à la clinique le 7 août 1900.

Examen. — Femme très amaigrie, sommet droit tuberculeux. Présentation de l'épaule en AIG.

On pratique la version par manœuvres internes qui se fait facilement. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3.220 grammes.

OBS. 6 (1900, n° 1578). — Trente-quatre ans, multipare.

Vient à la clinique le 12 décembre 1900. Les accouchements précédents se sont terminés normalement, par le sommet.

Présentation de l'épaule. Poche des eaux rompue depuis la veille.

Version par manœuvres internes difficile. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3.280 grammes, qui succombe le lendemain.

Suites de couches normales.

Obs. 7 (1901, n° 791). — Vingt-neuf ans. Multipare.

Entre à la salle de travail le 6 juin 1901. On constate une présentation de l'épaule avec procidence d'une main et du cordon.

Version podalique. Extraction d'un enfant vivant.

La femme présente quelques jours après de la lymphangite du membre inférieur.

Elle sort bien portante avec son enfant.

Obs. 8 (1903, n° 287). — Trente-huit ans. Multipare.

Neuf grossesses antérieures ne présentant rien de particulier à signaler. Neuf sommets. Vient à la clinique en mars 1903. Présentation de l'épaule.

Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant, du poids de 4.000 grammes.

Délivrance naturelle ; poids du placenta 600 grammes.

Suites de couches normales.

Obs. 9 (1903, n° 277). — Vingt-huit ans. Multipare.

Quatre grossesses antérieures. Entre à la salle le 3 mars 1903.

La température axillaire, prise à l'entrée, est de 38°6. La femme a perdu les eaux depuis quatre jours, l'utérus est intimement uni au fœtus. M. Demelin tente de pratiquer une ver-

sion podalique. Essai inutile, impossibilité d'introduire la main. Pas de bruits du cœur. On pratique la basiotripsie. L'anneau de Bandl très rétracté, rend l'opération très difficile. Extraction d'un garçon macéré du poids de 3.400 grammes.

Suites de couches fébriles. La femme se rétablit, et sort bien portante.

OBS. 10 (1905, n° 667). — Vingt-six ans. Multipare.

Quatre grossesses antérieures terminées spontanément à terme.

Entre à la clinique le 13 mai 1905. Le fœtus se présente par l'épaule gauche en AIG, dos en arrière : procidence du cordon.

M. Budin pratique la version par manœuvres internes ; il extrait un enfant du poids de 3.160 grammes, qui naît en état de mort apparente. La respiration artificielle n'arrive pas à le ranimer.

Délivrance naturelle. Placenta : 410 grammes.

Suites de couches normales.

OBS. 11 (1905, n° 1310). — Trente-trois ans. Multipare.

Rien à signaler dans les grossesses précédentes.

Présentation de l'épaule. Poche des eaux intacte.

On rompt cette poche à dilatation complète et on pratique la version podalique. Version facile. Extraction d'un enfant vivant.

Suites de couches normales.

OBS. 12 (1905, n° 1379). — Trente-quatre ans. VII-pare.

Vient de la ville amenée par une sage-femme pour une présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes immédiatement pratiquée. Extraction d'un enfant vivant ; poids 2.960 grammes.

OBS. 13 (1907, n° 1181). — Trente-huit ans. Douzième grossesse.

Onze accouchements antérieurs normaux. Poche des eaux rompue. Présentation de l'épaule gauche en A.I.G. L'utérus très contracté se moule sur le fœtus. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Version podalique : Extraction d'un enfant mort, poids : 2.500 grammes.

Délivrance artificielle. Pendant cette manœuvre on s'aperçoit qu'il s'est produit une rupture utérine sous-péritonéale. On décide d'intervenir.

M. Coudert pratique l'hystérectomie sub-totale.

Suites opératoires bonnes. La femme sort bien portante.

OBS. 14 (1907, n° 1210). — Trente-trois ans. Multipare.

Six grossesses antérieures, dont aucune ne s'est terminée par une présentation de l'épaule.

A l'examen, on constate une présentation de l'épaule en A.I.D, dos en avant, avec procidence du cordon.

A dilatation complète, on pratique la version podalique.

Extraction d'un garçon vivant, poids 3.350 grammes.

Suites de couches normales.

OBS. 15 (1907, n° 1520). — Trente-trois ans. Multipare.

Quatre grossesses antérieures normales. A son entrée, le 19 novembre 1907, on constate qu'il s'agit d'une présentation de l'épaule en A.I.G, dos en arrière. La poche des eaux, qui

est intacte, se rompt spontanément une heure après. On pratique de suite la version podalique, et on extrait facilement un enfant vivant pesant 4.100 grammes.

Délivrance naturelle, poids du placenta 720 grammes. Le travail a duré douze heures.

Suites de couches normales ; mère et enfant sortent le 30 décembre, bien portants.

Malformations utérines

Un utérus malformé, peut entraîner une présentation de l'épaule. Il peut se produire, par exemple, que l'utérus présente comme grand diamètre son diamètre transversal, au lieu de présenter son diamètre vertical : par suite de cette disposition, le fœtus, obéissant à la loi de l'accommodation, viendra naturellement se placer dans cet axe ; « il y a là une accommodation particulière et incomplète, l'axe utérin et l'axe fœtal sont parallèles, coïncident bien, mais ils sont perpendiculaires à l'axe pelvien » (1). De même Nœgelé (2), disait que « si dans un utérus, le segment inférieur est élargi et par conséquent plus spacieux, l'axe longitudinal peut facilement dévier de l'axe de la matrice... Dans d'autres cas, cette configuration anormale paraît provenir d'un vice de développement de la matrice, par exemple chez les femmes qui dans toutes leurs grossesses ont eu des présentations

1. Pinard. *Traité du palper abdominal.*

2. Nœgelé. *Art des accouchements.*

de l'épaule » : tels les cas classiques relatés par Walter, Lecluyse et Augus Macdonald.

Il peut, en outre, exister des déformations qu'explique bien l'embryologie. L'utérus est formé par la partie inférieure des deux canaux de Müller qui, s'accolant, forment deux utérus et deux vagins. Plus tard, la cloison qui sépare ces deux utérus va disparaître en commençant par en bas, et, progressivement, au lieu de deux cavités, il n'en restera plus qu'une. Qu'une cause quelconque vienne entraver le développement normal, il se produira des malformations. Peu importantes pour les cas qui nous intéressent si la cloison est complète ou à peu près, elles deviendront prépondérantes, au contraire, si l'arrêt de développement se produit au moment où la cloison a presque complètement disparu, et qu'il ne subsiste plus qu'un éperon au fond de l'utérus. C'est cette conformation spéciale qui a été décrite par Hergott en 1839, donnant alors à l'utérus le nom d'utérus cordiforme, arqué, échancré.

Ces présentations sont peu fréquentes. Pinard, de 1878 à 1889, a observé 5 cas de présentations de l'épaule chez des femmes ayant un utérus cordiforme : ces 5 femmes auraient eu 11 grossesses, le fœtus se serait toutes les fois présenté par le tronc. Les présentations transversales relèvent pourtant plus souvent qu'on ne le croit, de cette cause, Pinard va jusqu'à considérer que si, chez une primipare à terme, ayant un bassin normal, il existe une présentation de l'épaule, il y a de grandes chances pour que l'utérus soit malformé.

Dans sa statistique, Planchon relate deux observations de ce genre. Nous en avons également observé deux cas.

OBS. 16 (1898, n° 717) (*In* thèse Dufour, Paris, 1900). — Trente-six ans. Multipare.

Entrée le 24 mai 1898.

Première grossesse : à sept mois. Epaule : enfant mort.

Deuxième grossesse : à sept mois. Epaule. Procidence du cordon.

Troisième grossesse : à sept mois et demi. Siège. Procidence du cordon.

Premières douleurs le 23 mai : examen par une sage-femme, qui constate une présentation de l'épaule et amène la femme à la clinique. A chaque contraction, on voit le ventre se développer en surface, au lieu de la forme globuleuse normale. Au palper, on sent au centre une dépression avec saillie bilatérale surtout à droite. Léger excès de liquide. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur sourds. Epaule droite en A. I. G.

M. Dubrisay pratique la version podalique. La tête est arrêtée par l'orifice cervical, mais celui-ci cède bientôt.

Les membranes sont reconstituées et, par leur insufflation le professeur Budin réussit à rendre à l'œuf la forme de carte à jouer qu'il avait diagnostiquée.

L'enfant pesait 1.000 grammes, il meurt quelques instants après.

OBS. 17 (1905, n° 356). — Trente-huit ans. Ménagère. Multipare.

Deux grossesses antérieures : dans les deux cas l'enfant

s'est présenté par l'épaule; on pratiqua deux fois la version par manœuvres internes.

La femme vient à la clinique en mars 1905. On constate une présentation de l'épaule en A. I. D. Poche des eaux intacte. Bruits du cœur fœtal, bons. A dilatation complète, on rompt les membranes et on pratique la version podalique. On extrait facilement un enfant du poids de 3.600 grammes.

Après la délivrance qui se fait naturellement, on constate que l'utérus présente une dépression au niveau du fond et que son grand axe est nettement transversal.

Grossesse gémellaire

« La grossesse multiple prédispose aux présentations du tronc surtout pour le ou les derniers fœtus, car, un premier étant expulsé, l'utérus n'étant pas encore revenu sur lui-même, le deuxième peut évoluer librement dans une cavité distendue et se présenter lors de la première contraction, soit par le sommet, soit par le siège, soit par le tronc. »

Ceci nous explique pourquoi les statistiques de gemmellité, rapportent beaucoup plus de cas de présentation de l'épaule pour le deuxième fœtus, que pour le premier.

Sur 158 cas de grossesse gémellaire, Planchon cite 2 présentations de l'épaule pour le premier fœtus et 12 pour le deuxième.

D'après les chiffres de Depaul et Tarnier portant sur 316 gémellaires, on constate que dans 14 cas,

le premier enfant se présenta par le sommet, le deuxième par l'épaule.

Dans 1 cas : premier, épaule ; deuxième, sommet.

Dans 1 cas : premier, épaule ; deuxième, siège.

Dans 1 cas : deux épaules.

Pinard, sur 150 cas, note 2 fois le premier en sommet, le deuxième en épaule ; 1 fois le premier en épaule, le deuxième en siège ; et 1 fois le premier en épaule, le deuxième en sommet. D'autre part, il cite 66 gémellaires sur 806 présentations de l'épaule.

Nous publions les observations de grossesses gémellaires dont l'un des deux fœtus s'est présenté par l'épaule.

OBS. 18 (1899, n° 316). — Trente ans. Quatre grossesses antérieures en sommet. Entre à la clinique le 7 février 1899. Bassin aplati. Diamètre promonto-sus-pubien : 9,9, faux promontoire lombaire. Premier enfant se présente en siège complet. Second enfant présente l'épaule gauche. Version par manœuvres internes. Enfant vivant du poids de 2.410 grammes.

OBS. 19 (1900, n° 89). — Trente-deux ans. Multipare. Trois grossesses antérieures sans particularités. Entre à la clinique le 10 janvier 1900. Premier enfant né par le sommet, le second : présentation de l'épaule. Version podalique, poids 2.300 grammes. Enfant vivant.

OBS. 20 (1900, n° 960). — Vingt-neuf ans. Multipare. Entre à la clinique en août 1900. Premier enfant : sommet.

Deuxième enfant : Présentation de l'épaule avec procidence d'une main. Version pelvienne. Enfant vivant : 2.400 grammes. Meurt dans les vingt-quatre heures.

OBS. 21 (1903, n° 923). — Trente ans. Multipare. Entre à la salle le 10 juillet 1903. Grossesse gémellaire. Le premier enfant : siège mode des fesses : le deuxième, épaule droite, dos en arrière, procidence du cordon. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3.490 grammes. Délivrance naturelle : deux placentas séparés par un pont membraneux : poids 1.280 grammes.

OBS. 22 (1903, n° 1497). — Vingt-huit ans. Multipare. Grossesse pénible, essoufflements. Vient à la clinique en décembre 1903. Grossesse gémellaire : le premier enfant sort spontanément en sommet, le deuxième se présente par l'épaule, procidence d'une main et du cordon. Version podalique. Extraction d'un enfant vivant : 2.000 grammes.

OBS. 23 (1904, n° 376). — Trente-cinq ans. Accouchements antérieurs normaux. Albumine pendant la grossesse. Entre le 15 mars 1904. Premier enfant, sommet. Deuxième, épaule. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant pesant 1.500 grammes.

Suites de couches fébriles. Lymphangite.

OBS. 24 (1904, n° 261). — Vingt-neuf ans. Entre à la clinique en février 1904. Deux grossesses antérieures normales. Premier enfant se présente par le sommet. Le deuxième par l'épaule. Version podalique ; extraction d'un enfant vivant pesant 1.600 grammes, qui meurt dans les vingt-quatre heures.

OBS. 25 (1904, n° 569). — Secondipare. Présentation du siège complet pour le premier enfant, de l'épaule pour le deuxième. Version podalique, enfant vivant, poids 2.120 grammes. Les deux enfants meurent dans la journée.

OBS. 26 (1905, n° 751). — Trente-huit ans. Six accouchements sans présentation transversale. Le premier fœtus se présente en O. I. G. P. : extrait par le forceps. Le deuxième est en A. I. G., dos en avant. M. Lequeux fait la version par manœuvres internes, il extrait un enfant vivant, pesant 3.500 grammes. Placenta unique, poids 880 grammes.

OBS. 27 (1905, n° 1035). — Vingt-sept ans. Primipare.

A son entrée, dilatation complète. Le premier fœtus se présente par le sommet en G. A., procidence du cordon. Accouchement spontané, l'enfant pèse 1.400 grammes ; le deuxième se présente en A. I. G., dos en avant. Version podalique. Enfant vivant pesant 1.810 grammes. Deux placentas. Le premier est expulsé après le premier fœtus, poids 280 grammes. Le deuxième après le deuxième fœtus, poids 320 gr.

OBS. 28 (1905, n° 1204). — Vingt-huit ans. Trois grossesses antérieures normales. Premier fœtus : sommet. Deuxième fœtus : épaule. Version podalique : extraction d'un enfant vivant, poids : 3.120 grammes.

OBS. 29 (1905, n° 1307). — Trente-quatre ans. Multipare. Vient à la clinique le 7 octobre 1905. Premier enfant né par le sommet. Le second enfant : épaule droite. Version pelvienne. Extraction d'un enfant vivant, poids 1.890 grammes, qui meurt quelques jours après, d'infection.

OBS. 30 (1908, n° 366) (personnelle). — Trente-trois ans.
Multipare.

Entre à la clinique le 14 mars 1908 à 10 h. 1/2 du soir.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, mère bien portante.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Réglée à quatorze ans. Règles régulières, non douloureuses.

Quatre grossesses antérieures, à terme : enfants vivants
Quatre sommets.

Grossesse actuelle. — Cinquième. Dernières règles du 20 au 28 août. Grossesse de six mois et demi environ. Rien à signaler pendant la grossesse.

Examen. — Femme taille moyenne, bien constituée.

Utérus développé comme pour une grossesse de huit mois.

Toucher. — Col dilaté comme 2 francs, membranes rompues, sommet engagé en G. A.

Expulsion spontanée du premier fœtus à 11 h. 1/2.

Le fond de l'utérus reste à l'ombilic : par le palper, on sent un fœtus placé transversalement la tête ballotte dans la fosse iliaque droite.

Rupture artificielle de la poche des eaux : le liquide s'écoule en assez grande quantité. Le fœtus se présente par l'épaule gauche en AID.

La version par manœuvres internes est pratiquée : version difficile, car l'utérus est contracturé. On a de la peine à passer la main à travers l'anneau de Bandl, l'utérus est étroitement appliqué sur le fœtus. On saisit le pied droit qui est abaissé difficilement ; on met un lacs sur ce pied et on extrait, en s'aidant de l'expression abdominale, une fille vivante pesant 1.230 grammes.

Délivrance naturelle, complète. Grossesse bi-vitelline : deux placentas accolés, poids : 620 grammes.

Durée du travail : Douze heures.

Suites de couches bonnes. Les deux jumeaux meurent le lendemain.

OBS. 31 (1908, n° 388). — Trente-neuf ans. Multipare.

Entre le 19 mars à la clinique. Rien à signaler dans les antécédents. Grossesse de huit mois environ. Les membranes se sont rompues spontanément le matin du 19.

Expulsion spontanée du premier fœtus en O. P.

Le second reste élevé ; M. Lequeux constate une présentation du sommet avec tendance à filer dans la fosse iliaque droite.

Procubitus d'un pied, d'une main et du cordon.

Rupture artificielle des membranes. Version podalique. Extraction facile d'un enfant vivant pesant 2.700 grammes.

Délivrance naturelle, poids du placenta : 850 grammes. Durée du travail, quatre heures.

Suites de couches fébriles. La mère sort bien portante. Utérus un peu gros. Enfants en bon état.

Nous avons donc 14 présentations de l'épaule chez des gémellaires : sur ce nombre 11 fois le premier enfant s'est présenté par le sommet, le second par l'épaule. Dans 3 cas le premier enfant était en siège, le second en épaule. Nous n'avons pas observé un seul cas, dans lequel le premier fœtus se soit présenté par l'épaule. Nous sommes donc d'accord avec les auteurs classiques.

Hydramnios

L'exagération de la quantité normale du liquide

amniotique, n'est pas sans inconvénient pour la mère : elle peut entraîner une inertie utérine au cours du travail ou de la délivrance, déterminant alors des hémorragies dues à la parésie du muscle utérin, consécutive à la surdistension.

Pour l'enfant, le pronostic en est plus grave. En dehors de l'avortement, de la procidence du cordon ou d'un membre lors de la rupture des membranes, le professeur Bar a noté, dans 56 o/o des cas, des malformations congénitales. Mais elle peut en outre déterminer des présentations de l'épaule. La raison nous en est encore fournie par un défaut d'accommodation, « le plus souvent, il n'y a pas d'accommodation du tout. Le fœtus généralement petit, quelquefois malformé, contenu dans une cavité distendue, n'est nullement sollicité à prendre telle ou telle attitude » (1); « le fœtus restant mobile jusqu'à la fin de la grossesse, il est fréquent d'observer des présentations vicieuses » (2).

Le Dr Planchon cite 9 cas d'hydramnios sur 95 présentations de l'épaule, soit une moyenne de 9,4 o/o.

Nous avons noté 9 observations de femmes ayant eu de l'hydramnios.

OBS. 32 (1898, n° 948). *Hydramnios* (In thèse Dufour, *loc. cit.*) — Vingt-trois ans. Primipare.

Entrée à la clinique le 24 mai 1898.

Grossesse normale jusqu'au cinquième mois. Elle fait une

1. Pinard, *loc. cit.*

2. Brindeau. *Pratique de l'art des acc.*

chute, va à la Charité, où un repos de quinze jours enraya l'avortement.

Examen. — Sommet mobile. Excès de liquide.

Le lendemain, premières douleurs, vient à la salle de travail.

Dilatation de 2 centimètres, poche des eaux volumineuse, présentation de l'épaule en A. I. D., dos en arrière.

Version podalique, extraction facile d'un enfant vivant pesant 1.800 grammes. Enfant mis en couveuse.

Obs. 33 (1900, n° 613). *Hydramnios*. — Trente-deux ans. Multipare.

Vient à la clinique en mai 1900.

Rien à signaler dans les grossesses antérieures.

Examen. — Fœtus mobile, excès de liquide. Albumine.

Rupture spontanée de la poche des eaux, volumineuse.

Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes, extraction d'un enfant vivant.

Hémorragie aussitôt après la sortie de l'enfant.

Délivrance artificielle. Injections chaudes.

Obs. 34 (1903, n° 988). *Hydramnios*. — Vingt-sept ans. Secondipare.

Vient à la clinique en août 1903.

Le fœtus se présente par l'épaule droite, le dos en avant.

Bruits du cœur ralentis. Version par manœuvres internes, par M. Chéron, après rupture de la poche des eaux : excès de liquide. Extraction du siège facile. Tête retenue par le col incomplètement dilaté. Extraction d'un enfant pesant 2.250 grammes, qui meurt après quelques inspirations.

Obs. 35 (1903, n° 1033). *Hydramnios*. — Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5. Trente-neuf ans.

Septième grossesse.

Vient à la clinique en août 1903.

Enceinte de huit mois. Excès de liquide. Présentation de l'épaule droite, dos en arrière. Procubitus du cordon. Dilatation manuelle. Tentative de version par manœuvres mixtes.

Ralentissement des bruits du cœur. Version podalique. Extraction d'un enfant vivant du poids de 2.400 grammes, naît étonné, ranimé.

Délivrance naturelle ; le placenta pèse 420 grammes. Insertion marginale du cordon, longueur 65 centimètres. Légère hémorragie *post-partum*. Suites de couches fébriles. Infection staphylococcique.

Sort bien portante.

OBS. 36 (1902, n° 675). — Trente-cinq ans. *Hydramnios*. Quatrième grossesse. Première terminée à terme ; enfant mort. Deux autres : accouchements provoqués.

Entre à la clinique le 21 mai 1902.

Examen. — Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5.

Dernières règles, 29 septembre 1901.

Présentation de l'épaule.

Rupture artificielle des membranes à dilatation complète ; il s'écoule une grande quantité de liquide. Procidence du cordon. Version pelvienne facile. Extraction d'un enfant vivant ; 2.900 grammes en état de mort apparente. Ranimé. Brachiocéphale.

OBS 37 (1905, n° 259). *Hydramnios*. — Vingt-sept ans. VII-pare.

Vient à la clinique en février 1905. Présentation de l'é-

paule A. I. D. Excès de liquide. Version par manœuvres internes ; rupture du cordon pendant l'extraction. Enfant vivant : 2.200 grammes. Infection ombilicale consécutive.

Obs. 38 (1905, n° 830). *Hydramnios*. Diamètre promonto-sous-pubien, 10.5. — Trente-deux ans. Trois grossesses antérieures normales.

Vient à la clinique en juin 1905. Présentation de l'épaule en A. I. G. dos en arrière. M. Jeannin pratique la version podalique. Extraction facile d'un enfant vivant pesant 2.210 grammes.

Délivrance naturelle, poids du placenta 640 grammes.

Obs. 39 (1908, n° 578). *Hydramnios* (personnelle). — Trente-neuf ans.

Entre le 27 avril 1908.

Secondipare. Première grossesse, gémellaire, terminée à terme par la naissance de deux enfants qui se présentèrent par le sommet.

Examen. -- Femme de petite taille, présentant de l'atrophie de la jambe gauche. *Utérus développé transversalement*, en forme de carte à jouer. Fœtus mobile. Grossesse à terme.

Le 7 mai à 4 heures du soir : premières douleurs. Elle monte à la salle.

Le col est dilatable comme 1 franc : membranes intactes, fœtus mobile. Promontoire accessible, sacrum peu excavé. Excès de liquide.

8 mai. — On tente de ramener l'utérus dans la direction verticale, en plaçant un tampon de chaque côté de la tête.

Deux heures après, on retire les tampons, la tête du fœtus est dans la fosse iliaque droite.

A 11 heures du matin, la dilatation est complète. La poche des eaux très saillante, bombe presque jusque sur le périnée, pendant les contractions utérines. Au palper, on sent la tête à droite, le siège à gauche.

M. Cathala rompt la poche des eaux, et laisse le liquide s'écouler doucement. L'utérus se rétracte à mesure que le liquide s'écoule : quelques pressions abdominales sur la tête ne peuvent la ramener en bas. Par le toucher, on sent l'anneau de Bandl très saillant et, au-dessus, le tronc du fœtus, dont le dos est en avant. Donc présentation de l'épaule gauche en A. I. D. Version par manœuvres internes. L'évolution du fœtus se fait sans difficultés. Extraction d'une fille vivante pesant 3.850 grammes.

Après la sortie de l'enfant, il s'écoule du sang en assez grande quantité ; utérus mal rétracté. Délivrance artificielle. Poids du placenta : 650 grammes. Tamponnement.

Durée du travail : dix-neuf heures.

9 mai. — Examen de l'enfant. Vu de face, le visage est asymétrique : forme d'un ovale à grand axe dirigée en bas et à droite.

La partie gauche du cou est aplatie, comme si la tête de l'enfant était restée appliquée sur l'épaule gauche. La bosse frontale gauche est plus développée que la droite. La mère et l'enfant sortent en bon état le 29 mai 1908.

PLACENTA PRÆVIA

L'insertion basse du placenta, en dehors de ses grosses complications : avortement, hémorragies qu

par leur répétition peuvent déterminer un épuisement nerveux, fatal pour la femme, et infection, peut être une cause de présentation vicieuse, de l'épaule en particulier.

Contrairement à l'avis de Cohnstein (1) qui prétend que c'est une affaire de circulation, la plupart des auteurs pensent qu'il s'agit plutôt encore d'un défaut d'accommodation. L'insertion marginale y prédispose plus que l'insertion centrale. « Dans ce cas, dit Pinard (2), la tête est retenue au-dessus de l'aire du détroit supérieur, et bien qu'il y ait parallélisme des trois axes : fœtal, utérin et pelvien, comme il n'y a pas pénétration, une cause fortuite peut venir rompre cette harmonie fragile, et faire glisser la tête fœtale vers l'une des fosses iliaques. » C'est également l'avis des auteurs classiques.

Sur 1.146 cas, recueillis par Müller, cet auteur trouve 767 présentations du sommet, 107 présentations du siège, et 272 *présentations de l'épaule*.

Draghiescu sur 149 observations, a rencontré 117 sommets, 19 sièges et 13 *épaules*.

A la clinique Tarnier, Planchon a observé de 1888 à 1898, 6 présentations de l'épaule, ayant pour cause probable, un placenta prævia : ce qui donne une moyenne de 6,3 o/o.

De 1898 à 1908, nous avons également noté 6 cas

1. Cohnstein. *Mémoire sur l'étiologie des présentations normales du fœtus*.

2. Pinard, *loc. cit.*

de présentation de l'épaule avec insertion basse du placenta; nous en donnons les observations résumées.

Obs. 40 (1899, n° 872). — Placenta prævia marginal.

Trente ans, quatre grossesses antérieures dont deux fausses couches.

Elle est amenée à la clinique le 20 juillet 1899 par une sage-femme qui a fait un tamponnement pour hémorragies.

Présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure.

La femme continue à perdre. M. Chavanne l'examine il diagnostique un placenta prævia.

Dilatation manuelle, procédé de Bonnaire. Version podalique.

Rétraction de l'anneau de Bandk sur la tête dernière.

Extraction pénible d'un enfant en état de mort apparente pesant 2.450 grammes, ranimé.

Le placenta sort à la suite de l'enfant, il pèse 300 grammes. Le cordon mesure 47 centimètres. Hémorragie abondante : tamponnement. Suites de couches normales.

Obs. 41 (1903, n° 191). — Placenta prævia marginal. P. s. p. 10.

Trente-six ans, quatre grossesses antérieures normales. Vient à la clinique le 15 février 1903. Les membranes ont été rompues le 13 février, pour arrêter l'hémorragie due à une insertion basse du placenta. Présentation de l'épaule gauche en AIG, procidence du cordon. Pas de bruits du cœur fœtal.

Version par manœuvres internes, extraction d'une fille morte pesant 3.500 grammes.

Délivrance naturelle complète, le placenta pèse 500 grammes.

Obs. 42 (1904, n° 536). — Placenta prævia marginal. P. 3.
p. 9. 7.

Vingt-six ans. Secondipare. Entrée le 8 avril 1904. Membranes rompues. On fait la version podalique. Extraction d'un enfant mort-né. Infection puerpérale consécutive.

Obs. 43 (1905, n° 750). — Placenta prævia.

Trente ans. Secondipare. Hémorragies abondantes. Dilatation manuelle. Présentation de l'épaule en AID. Version pelvienne. Evolution facile. Rupture du cordon pendant l'extraction d'un enfant vivant pesant 3.000 grammes.

Obs. 44 (1905, n° 1107). — Placenta prævia marginal.

Trente ans. IV-pare. Vient à la clinique le 24 avril 1905.

Membranes rompues le 23 août : présentation de l'épaule en AIG, dos en avant. M. Jeannin pratique la version par manœuvres internes. Enfant vivant : 3.345 grammes.

Obs. 45 (1905, n° 1173). — Placenta prævia.

Vingt ans. Secondipare. Envoyée par une sage-femme de ville le 7 septembre 1905. Membranes rompues, présentation de l'épaule en AID. Version podalique : extraction d'un enfant vivant pesant 2.800 grammes. Hémorragies après la sortie de l'enfant : délivrance par l'expression abdominale. poids du placenta : 520 grammes.

Rétrécissement du bassin

Les viciations du bassin peuvent entraîner des présentations vicieuses. Ce fait se rencontre surtout dans les cas où il y a aplatissement du bassin d'avant en arrière, dans le bassin plat rachitique. « En raison de la non-accommodation pelvienne, la partie fœtale reste plus ou moins mobile au niveau du détroit supérieur, d'où la fréquence plus grande des présentations vicieuses (siège, face, épaule) : ces présentations vicieuses sont peut-être plus fréquentes encore au début du travail, la tête glissant facilement vers l'une des fosses iliaques (1) ».

Les statistiques montrent que c'est là une cause fréquente des présentations transversales.

Spiegelberg, sur 544 cas de bassins rétrécis, a trouvé 44 présentations de l'épaule, soit une moyenne de 8, 6 o/o.

StanESCO sur 414 cas a trouvé 36 épaules.

Planchon sur 95 présentations de l'épaule, regarde dans 32 cas, une viciation pelvienne, comme la cause.

Nous avons observé 21 cas de présentations transversales chez des femmes ayant un bassin rétréci. A ce nombre nous devons toutefois ajouter plusieurs cas de femmes qui avaient une viciation pelvienne, mais dont la présentation de l'épaule semblait relever d'une autre cause.

1. Ribemont-Dessaigues et Lepage. *Précis d'obstétrique*.

OBS. 46 (1898, n° 1005). — Bassin rétréci : 7, 8.

Trente-six ans. Multipare. Rachitique.

Entrée à la clinique le 1^{er} juillet 1898. Présentation du sommet. Rupture spontanée de la poche des eaux le 10 juillet. Présentation de l'épaule en AIG, dos en arrière. Enfant mort. M. Budin essaie de pratiquer la version podalique, la tête ne peut passer. Craniotomie avec les ciseaux de Blot. Suites de couches normales.

OBS 47 (1898, n° 1072). — Bassin rétréci, p. s. p. 10,5.

Vingt-neuf ans. Multipare. Entrée le 19 juillet 1898. Quatre grossesses antérieures normales. Présentation de l'épaule en AIG, dos en arrière. M. Dubrisay pratique la version podalique. Enfant vivant, pesant 3.100 grammes. Mort le lendemain.

OBS. 48 (1908, n° 517). — Bassin rachitique. Embryotomie.

Trente ans. Multipare. Entrée le 10 avril 1900. Membranes rompues depuis deux jours. Présentation de l'épaule. Utérus fortement contracté sur le fœtus. Pas de bruit du cœur. On pratique l'embryotomie.

Infection puerpérale consécutive. Curettage, écouvillonnage. *Mort de la femme.*

OBS. 49 (1900, n° 519). P. s. p. 9.

Trente-deux ans. Multipare. Entrée le 11 avril 1900. Rachitique. Présentation de l'épaule droite en AID, procubitus du cordon. Version par manœuvres internes, avec manœuvre de Champetier-Deribes sur la tête derrière. Enfant vivant : fracture de la clavicule.

OBS. 50 (1901, n° 950). — Bassin rétréci. P. s. p. : 10, 5.

Vingt-huit ans. Secondipare. Entrée à la clinique en juillet 1901. Epaule droite en AIG. Quelques signes de rachitisme. Version podalique facile, extraction d'un enfant pesant 2.930 grammes.

OBS. 51 (1902, n° 177). — Promontoire accessible. *Utérus double*.

Vingt-trois ans. Secondipare. Entrée à la clinique le 6 février 1902. Première grossesse normale. Grossesse de huit mois. Rupture spontanée des membranes. Epaule droite en AID.

Version par manœuvres internes par M. Perret. Enfant vivant, poids 2.440 grammes. Longueur du fœtus 46 centimètres.

OBS. 52 (1902 n° 766). (*In Journal l'Obstétrique*, mars 1903). — Bassin rétréci. Cyphose. Déchirure du cul-de-sac postérieur.

Trente-cinq ans. VI-pare. Entre à la clinique le 18 juin 1902. Cinq grossesses antérieures normales : enfants mort-nés.

Rupture de la poche des eaux le 10 juin. Procidence d'une main.

Soignée en ville par un médecin qui réduit le membre engagé (?) et envoie la femme à la Clinique Tarnier.

Femme petite, cyphoscoliose dorsale. Ventre en besace. Au palper, excavation vide, utérus contracté sur le fœtus : tête à droite, siège à gauche.

M. Perret pratique le toucher. Fœtus inaccessible, pas de bruits du cœur. Déchirure profonde du cul-de-sac postérieur. Sous chloroforme, on examine la femme et on constate une

déchirure du cul-de-sac postérieur avec anse intestinale prolabée ; on décide de pratiquer l'opération césarienne. Extraction d'un enfant mort pesant 2.220 grammes. Réduction de l'anse intestinale. lavage du petit bassin au sérum, drainage, tamponnement. Injections de sérum.

Suite de couches fébriles, pouls à 140. La femme meurt le 21 juin.

OBS. 53 (1902, n° 1287). — Bassin rétréci.

Vingt-cinq ans, primipare. Entre le 3 décembre 1902.

Grossesse de huit mois et demi. Présentation de l'épaule. Aux premières douleurs la femme monte à la salle. On pratique, de suite, la version par manœuvres mixtes ; la présentation est transformée en sommet. Accouchement spontané en OP, d'une fille vivante : 2.900 grammes.

Délivrance naturelle. Placenta découronné. Longueur du cordon, 45 centimètres.

OBS. 54 (1903, n° 1065). — Bassin rachitique.

Vingt-six ans. Secondipare. Première grossesse normale.

Entrée à la clinique en septembre 1903. Présentation de l'épaule en AID, dos en arrière. Version podalique. Difficultés pour abaisser les bras. Extraction d'une fille en état de mort apparente, ranimée, poids 4.000 grammes.

Infection puerpérale. Guérison.

Enfant mort le lendemain.

OBS. 55 (1904, n° 155). — Bassin rétréci. P. s. p. 9,5.

Vingt-deux ans. Primipare. Entrée le 9 février 1904.

Rachitique. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant.

OBS. 56 (1904, n° 1285). — P. s. p: 10,5.

Trente-trois ans. Multipare. Entrée le 7 octobre 1904.

Version podalique pour présentation de l'épaule. Extraction d'un enfant mort, poids 3.230 grammes.

Infection puerpérale. Sort bien portante.

OBS. 57 (1907, n° 1104). — Bassin rétréci.

Vingt-cinq ans. Secondipare. Première grossesse terminée à sept mois et demi. Présentation de l'épaule. Aux premières douleurs on pratique la version par manœuvres externes.

Accouchement spontané en OP. d'un enfant vivant 2.430 grammes.

OBS. 58 (1907, n° 1495). — Bassin rétréci, 10,5. Placenta prævia.

Vingt-six ans. Secondipare. Présentation de l'épaule en AID, dos en arrière. Rupture spontanée de la poche des eaux. Version podalique. Extraction d'un enfant en état de mort apparente et ranimé pesant 3.125 grammes.

L'enfant présente une paralysie du plexus brachial : paralysie radiculaire double.

OBS. 59 (1908, n° 238). — Promontoire accessible.

Trente-deux ans, IV-pare. Entrée à la clinique le 4 février 1908.

Trois grossesses antérieures terminées à terme, trois sommets. Enfants vivants à la naissance.

Grossesse actuelle. Quatrième. Dernières règles du 4 au 8 mai.

Examen. — Utérus développé comme un utérus à terme.

Sommet mobile. Bruits du cœur bons.

8 février. — Présentation de l'épaule gauche en AIG.

Premières douleurs le 16 février. Version par manœuvres externes. Rupture spontanée de la poche des eaux : il s'écoule peu de liquide, la tête s'engage en GA.

Expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 2.900 grammes.

Délivrance naturelle, complète : poids du placenta, 450 grammes.

La femme sort en bon état le 27 mars.

Obs. 60 (1908, n° 616). — Promontoire accessible, 10,4.

Primipare. Dernières règles du 21 au 25 juillet. Grossesse de huit mois.

Entre le 27 avril, avec le diagnostic de présentation du sommet, tête tendant à filer dans la fosse iliaque.

Examen en mai. — Présentation franchement transversale : tête à droite, siège à gauche. Tentative de version par manœuvres externes par M. Lequeux. Bon résultat, mais la présentation tend à se produire.

15 mai. — M. Bar tente une nouvelle version par manœuvres externes. Même résultat.

16 mai. — Rupture spontanée de la poche des eaux. La femme monte à la salle de travail. Présentation de l'épaule en AID.

A 11 heures du matin, dilatation comme 1 franc. Un essai de version par manœuvres mixtes est fait. Impossibilité de mobiliser le fœtus.

Comme le liquide amniotique s'est écoulé en grande partie et que la dilatation ne progresse pas, on décide de hâter la dilatation en posant un ballon de Champetier.

17 mai à 5 heures du matin. — Expulsion du ballon. Dilatation complète, l'épaule a tendance à s'engager.

Sous chloroforme on pratique la version podalique. Utérus étroitement rétracté sur le fœtus. Difficultés pour introduire la main. On arrive néanmoins, à saisir un pied que l'on abaisse. Évolution assez facile du fœtus.

Extraction du siège. Le cordon latérocident apparaît à la vulve en même temps que lui. Le dos est à droite, on le place légèrement oblique pour engager les épaules ; la rotation se fait d'elle-même. Les bras sont relevés, on abaisse facilement le bras postérieur, plus difficilement l'antérieur.

Le tronc est entièrement hors de la vulve, mais la tête est retenue au détroit supérieur.

On essaie de l'engager par la manœuvre de Champetier. On obtient la flexion de la tête, mais malgré des tractions énergiques, elle ne s'engage pas. Pendant ces manœuvres, l'enfant qui a fait quelques mouvements d'inspiration succombe.

Pour éviter de traumatiser les parties molles, on pratique la basiotripsie, avec le basiotribe de Tarnier. Opération qui permet d'extraire facilement la tête.

Délivrance spontanée. Poids du placenta 650 grammes.

Au toucher : pas de lésion du corps ni du segment inférieur.

Petite déchirure du col à gauche, pas d'hémorragie.

Déchirure de la paroi postérieure du vagin et de la paroi rectale au-dessus du sphincter. Sutures.

Suites de couches normales. Périnée en bon état. La paroi rectale est refaite. La femme sort bien portante le 3 juin.

OBS. 61 (1908, n° 893). — Bassin rétréci.

Vingt-trois ans, III-pare. Première grossesse terminée à terme, forceps. Deuxième grossesse, accouchement long. Sommet spotané.

Entre le 20 mai 1908. Grossesse à terme. Présentation de l'épaule, tête à droite, dos en arrière. Version par manœuvres externes.

13 juillet. — La présentation du sommet ne s'est pas maintenue, on tente une nouvelle version par manœuvres externes ; on maintient par une ceinture.

A 3 heures du soir, premières douleurs. Tête élevée, avec tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche.

A 11 heures du soir, rupture spontanée des membranes, il s'écoule peu de liquide. Dilatation comme une petite paume de main.

14 juillet à 5 heures du matin. — Les bruits du cœur sont irréguliers et sourds, l'enfant rend son méconium. Dilatation comme une grande paume de main : lèvre antérieure du col oedématiée.

On fait une application de forceps en ODP. Il reste un peu de col à droite, mais il est souple.

Extraction d'un enfant vivant pesant 4.280 grammes.

Suites de couches normales.

OBS. 62 (1908, n° 1450). — Rachitique. P s. p. 10,4.

Trente-quatre ans, III-pare. Deux grossesses antérieures normales, terminées à terme : deux sommets.

Entre à la clinique, le 6 novembre 1908.

Examen. — Femme de taille moyenne. Bosses frontales

saillantes. Incurvation des membres inférieurs. Pas de malformations dentaires.

La femme est en travail depuis le début de la journée, elle a perdu les eaux dans la matinée, on entendait alors les bruits du cœur ; elle prétend avoir senti remuer jusqu'à 5 heures du soir.

Présentation de l'épaule gauche, dos en arrière. On n'entend pas les bruits du cœur. Tout le corps fœtal est dans le segment supérieur. Un lac est placé sur le bras procident.

La femme ne peut être mise en position obstétricale. Introduction de la main droite dans l'utérus, en passant sur le plan ventral du fœtus. On atteint difficilement le genou, car la main est serrée entre la paroi utérine et le fœtus.

On abaisse le pied, en appuyant sur le creux poplité, mais on ne peut obtenir l'évolution fœtale.

Entre deux contractions, on introduit la main dans l'utérus, et on abaisse l'autre pied. On obtient avec difficulté l'évolution fœtale.

Extraction d'un enfant mort, pesant 2.950 grammes.

Délivrance naturelle. Placenta prævia, poids 460 grammes. Examen, le jour du départ de la femme. Utérus normal. Bassin légèrement aplati, et antéfléchi. Symphyse très inclinée en avant. Les dimensions de la tête fœtale n'ont malheureusement pas été prises.

La femme sort bien portante.

Obs. 62 *bis* (1908, n° 93). — Promontoire accessible (Personnelle). — Vingt-trois ans. Secondipare. Entrée à la clinique le 17 janvier 1908.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels,

Réglée à onze ans, régulièrement.

Première grossesse terminée à terme, par la naissance d'un enfant vivant, qui se présentait par le sommet.

Examen. — Dernières règles du 15 au 18 avril. Grossesse de huit mois et demi.

Utérus haut de 31 centimètres, développé transversalement.

Au palper on ne sent pas de partie fœtale, au niveau du détroit supérieur : à gauche et en bas, on croit percevoir le siège ; à droite et en haut, sous le foie, la tête. Examen difficile, à cause de la fréquence des contractions utérines.

Auscultation : Bruits du cœur bons. Foyer maximum, sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher : col long, perméable. Excavation vide. Le doigt, introduit profondément, arrive sur le thorax du fœtus.

Promontoire accessible.

17 janvier à 10 heures. — M. Bar essaie de ramener, au-dessus du détroit supérieur, le pôle fœtal qui se trouve dans la fosse iliaque gauche, en même temps qu'il repousse le fœtus, avec deux doigts introduits dans le col. A ce moment il sent un pied, le saisit et l'abaisse : c'est le pied gauché qui se trouve postérieur.

A 2 heures du soir, au toucher, on trouve dans le vagin le cordon procident, descendant sur le côté droit du membre inférieur abaissé.

La sage-femme fait prévenir M. Cathala. Les bruits du

cœur sont ralentis. On ne les entend plus une demi-heure après.

On tire un peu sur le membre inférieur, pour que le siège appuie sur le col et hâte le travail.

A minuit, dilatation complète. Le tronc se dégage facilement. dégagement des bras, manœuvre de Mauriceau sur la tête.

On extrait un enfant mort pesant 3.250 grammes.

Délivrance naturelle, poids du placenta 680 grammes.

Le liquide amniotique étant un peu fétide, on fait une injection iodo-iodurée.

Suites de couches normales. La malade sort le 28 janvier.

Brièveté du cordon

La brièveté du cordon, qu'elle soit naturelle (cordon mesurant moins de 45 centimètres) ou accidentelle (due dans ce cas à des circulaires), prédispose aux présentations de l'épaule. « Le fœtus ne peut, en effet, évoluer facilement dans la cavité utérine, aussi les présentations vicieuses sont-elles fréquentes, surtout les présentations de l'épaule. Dans ces cas, la présentation est fixe et il est très difficile de la modifier par des manœuvres externes (1). »

Planchon n'a trouvé aucun cas de présentations transversales dues à cette cause, dans les registres de la Clinique de 1888 à 1898. Nous n'en avons observé qu'un seul cas.

1. Brindeau *in Bar. Brindeau et Chambrelent, loc. cit.*

OBS : 63 (1898, n° 937). — *Longueur du cordon 35 centimètres.*

Vingt-neuf ans. Multipare. Entrée à la clinique le 21 juin 1898. Premier accouchement en 1893, normal.

Examen. — Bassin normal. Utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Position en OIGA.

22 juin. — Position OIDP. Col perméable.

23 juin. — Tête à droite, siège à gauche, AID, dos en arrière. Version par manœuvres externes, pas maintenue.

6 juillet. — Rupture spontanée de la poche des eaux. Au toucher on sent le coude engagé dans le col.

M. Brindeau pratique la version podalique, à dilatation complète. L'anneau de contraction, très résistant, l'empêche d'abaisser le pied : il y arrive cependant dans l'intervalle des contractions. Evolution facile. Extraction du siège difficile, à cause de la contraction de l'anneau de Bandl. M. Brindeau introduit le doigt dans le pli de l'aîne, pour dégager la fesse antérieure et exerce des tractions en appuyant sur le bassin du fœtus. A ce moment, on entend un craquement indiquant une fracture du fémur. Le siège se dégage alors facilement.

Mêmes difficultés pour la tête dernière, M. Perret réussit enfin à extraire un enfant en état de mort apparente pesant 2.450 grammes. Il est ranimé. Délivrance naturelle. Le cordon mesure 35 centimètres et présente une insertion en raquette.

Les suites de couches ont été normales. La mère et l'enfant sortent le 19 juillet. La fracture du fémur est en bonne voie de consolidation.

Petitesse ou macération du fœtus

La petitesse ou la macération du fœtus est regardée, par la plupart des auteurs, comme une cause fréquente de présentations du tronc. « Les présentations vicieuses, en raison même des lois de l'accommodation, sont assez fréquentes dans les cas de mort du fœtus. Elles se terminent assez heureusement, parce que le fœtus est essentiellement réductible et qu'il est peu volumineux ; c'est dans ces conditions qu'on observe l'évolution spontanée, dans les présentations de l'épaule » (1).

Planchon cite dans sa thèse, une statistique portant sur 1148 accouchements prématurés. Sur 247 accouchements qui se sont faits dans le cinquième, le sixième et le septième mois, il cite 12 épaules soit une moyenne de 4,86 o/o. Sur 1181 accouchements dans le huitième mois : 50 épaules : 3,50 o/o « les accouchements par l'épaule, sont donc d'autant plus rares dans les accouchements prématurés, que l'on se rapproche davantage de l'époque de la terminaison régulière de la grossesse ».

De 1888 à 1898, à la clinique Tarnier, on a observé 9 cas de présentations de l'épaule, dues à des fœtus petits ou macérés.

Nous en avons trouvé 15 cas de 1898 à 1908.

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage, *loc. cit.*, p. 769,

Obs. 64 (1898, n° 1661). — Fœtus macéré. Poids 1.900 grammes.

Trente et un ans. Primipare.

Présentation de l'épaule gauche en AID. Membranes rompues. On n'entend pas les bruits du cœur, Embryotomie rachidienne par M. Chavanne.

Délivrance artificielle. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Obs. 65 (1900, n° 333). — Fœtus macéré, poids 2000 grammes.

Vingt-deux ans. Multipare.

Entrée à la clinique le 17 mars 1900. Epaule gauche. Membranes rompues. Procidence du cordon, pas de battements. Version podalique.

Obs. 66 (1900, n° 803). — Fœtus macéré : poids 860 grammes.

Entrée à la clinique le 7 juillet 1900. Enceinte de six mois. Evolution spontanée.

Rétraction de l'anneau de Bandk.

Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta.

Obs. 67 (1900, n° 936). — Fœtus macéré : poids 1.000 grammes, vingt-trois ans. Multipare. Entrée le 28 juillet 1900. Evolution spontanée.

Obs. 68 (1900, n° 1186). — Fœtus macéré : poids 900 grammes.

Vingt-quatre ans. Présentation de l'épaule. Membranes rompues, odeur fétide.

Evolution spontanée.

Obs. 69 (1901, n° 1193). — Enfant macéré : poids 2.100 grammes.

Trente ans. Multipare. Entrée à la clinique le 5 septembre 1901. Présentation de l'épaule. Pas de bruits du cœur. Version podalique. Extraction d'un enfant macéré.

OBS. 70 (1903, n° 743). — Petitesse du fœtus : 1.600 grammes.

Vingt-neuf ans. Secondipare.

Entrée à la clinique en juin 1903. Présentation de l'épaule droite, dos en avant. Membranes rompues depuis soixante-dix heures. Version podalique. Rétraction de l'anneau de Bandl empêche le passage de la tête. Perforation de la tête dernière.

OBS. 71 (1903, n° 1148). — Enfant macéré : 1.500 grammes. Primipare. Enceinte de sept mois et demi.

Présentation de l'épaule en AID, dos en arrière.

Version podalique impossible, à cause de la rétraction de l'anneau de Bandl.

Embryotomie rachidienne.

OBS. 72 (1903, n° 1325). — Enfant macéré.

Entrée à la clinique le 6 novembre 1903.

Présentation de l'épaule, membranes rompues, forte odeur. Version podalique. Extraction enfant macéré 2.300 grammes. Infection puerpérale.

OBS. 73 (1905, n° 387). — Enfant macéré : poids 1.350 grammes.

Quarante ans. VIII-pare. Grossesse de sept mois.

Evolution spontanée d'un enfant mort et macéré.

Liquide fétide.

Délivrance naturelle. Hématome rétro-placentaire.

Albuminurie.

Obs. 74 (1907, n° 621). — Enfant, poids 1.800 grammes.

Vingt-quatre ans. Secondipare.

Présentation de l'épaule en A. I. G. Membranes rompues.

Pas de bruits du cœur.

Evolution spontanée.

Délivrance artificielle. Déchirure du périnée.

Obs. 75 (1908, n° 33). — Petitesse du fœtus : 1200 grammes.

Vingt-six ans, Secondipare. Grossesse de sept mois.

Entrée le 7 janvier 1908. Présentation en A. I. G. dos en avant.

Rupture spontanée des membranes.

Evolution spontanée.

Obs. 76 (1908, n° 87). — Enfant macéré, 1.620 grammes.

Primipare. Grossesse de six mois et demi.

Entrée le 17 janvier 1908. Epaule en A. I. D.

Evolution spontanée.

Suites de couches normales.

Causes douteuses ou inconnues

Nous avons rangé dans ce chapitre, 10 observations de femmes, chez qui le fœtus s'est présenté par l'épaule, sans qu'il ait été possible de rattacher cette présentation à l'une des causes que nous venons d'énumérer.

Peut-être faut-il, dans ces cas, reconnaître comme cause déterminante, les chutes, émotions vives, voyages, secousses imprimées par une voiture, comme on en a rapporté des cas. (M^{me} Lachapelle, Mauriceau, Portal, etc). Toutefois si ces accidents se sont produits, ils n'ont pas été relatés dans les observations que nous avons parcourues.

On pourrait encore invoquer comme cause, les contractions utérines, qui « au moment du travail pourraient avoir une influence sur la présentation du fœtus et convertir une présentation du sommet en tranverse » (1), ou encore, la rupture prématurée des membranes qui, par une issue trop brusque du liquide, peut déterminer des procidences d'un ou plusieurs membres, d'où nouvelle cause de présentations de l'épaule.

Nous ferons remarquer, toutefois que sur ces dix femmes, cinq sont primipares. Il faudrait peut-être rattacher ces cas à des malformations utérines, ne se révélant par aucun symptôme, comme nous l'avons déjà dit (p. 26).

Obs. 78 (1900, n° 866). — Placenta prævia (?).

Vingt-deux ans. Primipare. Entrée à la clinique le 10 juillet 1900.

Depuis les premières douleurs, la femme perd du sang. Hémorragies fréquentes ; on décide de hâter le travail.

Dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire.

1. Scanzoni et Heyerdahl.

Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort.

Délivrance artificielle prématurée du placenta, à cause des hémorragies qui se reproduisent même après la délivrance. Tamponnement.

Infection puerpérale.

La femme sort bien portante.

OBS. 79 (1902, n° 1022). — Dix-huit ans. Primipare. Entrée le 5 octobre 1902.

Bassin normal.

Grossesse à terme. Arrive à la clinique, à dilatation complète. Poche des eaux rompue. Présentation de l'épaule droite. Dos en arrière. Procidence du cordon.

On n'entend pas les bruits du cœur.

Essai infructueux de version podalique.

Embryotomie cervicale sur un enfant mort pesant 3.350 gr.

Va à l'isolement pour lochies très fétides.

Infection puerpérale.

Injection de permanganate de potasse, d'eau oxygénée et d'eau salée.

Redescend au dortoir le 15 octobre, bien portante.

OBS. 80 (1902, n° 1185). — Vingt-six ans, secondipare. Entrée à la clinique le 9 novembre 1902.

Première grossesse terminée à terme. Siège.

Grossesse à terme. Bassin normal.

Premières douleurs le 9 novembre. Entre à la salle d'accouchements le 11 à 3 heures du soir.

A 3 h 30, dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux. Quantité de liquide normale.

Présentation de l'épaule gauche en A1D. Bruits du cœur ralentis.

Version par manœuvres internes. Extraction facile d'un enfant qui naît étonné, et ranimé. Poids, 3.000 grammes.

Le travail qui s'est passé sans douleurs, a duré 60 heures.

OBS. 81 (1903, n° 616). — Vingt-neuf ans, primipare. Entrée à la clinique en mai 1903.

Les membranes sont rompues depuis quatre jours.

Le fœtus se présente par l'épaule gauche, dos en avant.

Version podalique rendue difficile, car l'utérus est contracté sur le fœtus. On arrive à extraire un enfant du poids de 2.180 grammes, en état de mort apparente, ranimé.

Suites de couches normales.

OBS. 82 (1903, n° 1076). — Vingt-sept ans. Secondipare. Envoyée à la clinique par une sage-femme de ville, le 4 septembre 1903.

Les membranes sont rompues depuis le 2 septembre, le liquide amniotique est très fétide.

Température oscillaire : 38 degrés.

La femme est envoyée à l'isolemont. Pas de bruit du cœur fœtal. On pratique l'embryotomie cervicale.

Délivrance artificielle, poids du placenta 390 grammes.

Suites de couches normales.

OBS. 83 (1905, n° 357). — Trente-neuf ans. Secondipare. Envoyée à la clinique le 20 mars.

Présentation de l'épaule en AIG, la main sort hors de la vulve : elle est sortie spontanément, au moment de la rupture des membranes qui s'est faite en ville.

Bassin normal.

Version podalique. Extraction facile d'un enfant vivant pesant 3.210 grammes.

Légère déchirure du col. Hémorragie arrêtée par un tamponnement.

Obs. 84 (1908, n° 695). — Vingt-quatre ans. Primipare. Entrée le 3 juin 1908, envoyée par une sage-femme.

Examen. — Bassin normal. Utérus développé transversalement, la tête ballottée à gauche, le siège à droite, rien dans l'excavation.

Toucher : col en voie d'effacement, dilatable comme 2 francs : les bords de l'orifice sont minces. Membranes rompues.

Pendant toute la grossesse et au début du travail, l'enfant se présentait par le siège.

Présentation de l'épaule en AID, dos en avant.

L'utérus est légèrement rétracté, les contractions assez rapprochées.

L'orifice du col est dilatable comme 5 francs : au delà de l'orifice externe, le doigt sent les parois du segment inférieur flasques et plus haut le bord épais de l'anneau de Bandl. A travers cet orifice, pénètre le bras du fœtus, dont le coude descend au niveau de l'orifice externe. Bruits du cœur précipités.

Dilatation avec l'appareil de Bossi. On l'introduit ouvert de 4 centimètres de façon à ce que le bras du fœtus puisse

se loger dans l'écartement des branches. On serre progressivement et lentement la vis. La dilatation s'opère lentement. La présence de l'épaule empêche de se rendre compte de l'état du col. Quand la vis est serrée à fond on retire l'instrument. On ne sent plus la saillie de l'anneau de Bandl : l'orifice externe a des bords minces, il est dilaté comme une grande paume de main.

L'instrument est remis sur l'orifice externe et la vis est de nouveau serrée à fond. Malgré cela, l'orifice n'est pas complètement dilaté, mais semble suffisamment ouvert, pour laisser passer le fœtus sans grosse effraction. Durée de la dilatation : vingt minutes.

L'avant-bras du fœtus est attiré à la vulve, c'est le bras gauche, un lacs est placé sur le poignet.

Version par manœuvres internes. Extraction facile du siège. La tête fœtale est retenue dans l'excavation par l'orifice externe appliquée sur elle. Les tractions, faites au cours de la manœuvre de Mauriceau, abaissent le col que l'on aperçoit en avant, au niveau de la vulve.

A la suite de pressions continues, le col se laisse peu à peu forcer, et le fœtus est extrait. Durée du travail : douze heures et demie.

Enfant naît étourdi, ranimé. Poids 2,700 grammes. Légère paralysie du bras droit.

Col utérin et segment inférieur sont intacts. Petite déchirure du col à droite et en avant.

10 juin. — Déchirure du col, à peine apparente.

22 juin. — La femme sort. Utérus bien revenu, col fermé à l'orifice externe. On sent à peine une encoche au côté droit du col.

OBS. 85 (1908, n° 1568). — (Due à l'obligeance de M. Lequeux). Vingt-huit ans. Secondipare. Entre au dortoir le 16 novembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de maladie de cœur.

La mère a eu 9 accouchements normaux.

Première grossesse en 1906, terminée normalement à terme.

Grossesse actuelle : Dernières règles 21 février. Hauteur de l'utérus : 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Grossesse de huit mois.

Nanisme mitral. Aucun symptôme fonctionnel : ni dyspnée, ni œdème, ni albumine. Signes physiques du rétrécissement mitral.

La pointe bat dans le cinquième espace intercostal. Frémissement cataire, souffle présystolique, claquement du premier bruit. Dédoublement très net du deuxième bruit.

Sommet mobile, fœtus vivant, peu de liquide.

Le 28 novembre, à 9 heures du matin, rupture spontanée de la poche des eaux. Présentation de l'épaule droite en AIG, dos en avant, bras droit procident. Col effacé. Bruits du cœur bons.

Sous chloroforme, on applique le dilateur de Bossi et en vingt-cinq minutes, on complète la dilatation. Le col ne se déchire pas.

Quand on retire l'instrument, il reste environ 2 centimètres de col.

Version podalique. On introduit la main droite et on va à la recherche des pieds : on ramène le pied droit. Tout le corps du fœtus est dans le segment supérieur de l'utérus.

Evolution et extraction facile d'un enfant vivant, poids 2.080 grammes.

Pas de déchirure du col.

Suites de couches normales. Sort bien portante le 6 décembre.

OBS. 86 (1908, n° 1569). — (Due à l'obligeance de M. Lequeux). Primipare. Entre à la clinique le 28 novembre 1908.

Femme envoyée par un médecin de ville avec le diagnostic de présentation de l'épaule irréductible. Les membranes sont rompues depuis la veille au soir. Deux tentatives de version podalique ont été faites.

Utérus normalement développé, mais dimensions transversales exagérées, il est très dur, tendu, en état de tétanisation. Pas d'allongement apparent du segment inférieur. Epaule engagée AID.

Le bras droit procident est violacé et ne remue pas quand on l'excite. Bruits du cœur espacés, mais bien frappés. Il s'écoule par la vulve un liquide noirâtre.

Sous chloroforme, M. Lequeux introduit la main gauche, après avoir mis un lacs sur le bras procident ; il s'agit d'un dos en arrière. La main essaie d'aller directement, au fond de l'utérus, mais elle est arrêtée par un anneau de Bandl contracté au maximum : elle met au moins deux minutes avant d'atteindre le fond de l'utérus, dont le corps est intimement appliqué sur le fœtus. Chemin faisant, elle constate que la tête est au-dessus de l'anneau de contraction. Seules les épaules se trouvent dans le segment inférieur. On saisit un pied et on l'abaisse, mais s'il arrive bien à la vulve, il ne peut al-

ler au delà, et l'épaule engagée ne peut pas remonter, bien que la tête soit au-dessus du segment inférieur. On met un lacs sur le pied et on essaie de repousser l'épaule avec douceur, sans succès. Bruits du cœur à peine perceptibles.

La main gauche va saisir le cou en crochet. On tire sur le lacs du bras et avec les ciseaux courbés de Dubois, on pratique la décollation. Extraction du tronc.

La tête amorcée par le doigt dans la bouche est abaissée dans l'excavation, mais ne peut être extraite.

Etant en présence de la face MP, on essaie de faire la perforation (perforation de Tarnier) au niveau de la glabelle : mais on ne peut atteindre que la région oculaire droite que l'on perfore. On introduit ensuite la branche pleine du cranioclaste, la branche creuse est placée sur le côté droit de la face : prise facile, on extrait la tête.

Poids de l'enfant 2.200 grammes.

D élivrance artificielle. Poids du placenta 440 grammes.

L'exploration du segment inférieur, montre qu'il est assez labouré sans déchirure nette, mais il existe une déchirure au niveau de la région pré-clitoridienne, qui saigne assez abondamment. Tamponnement utéro-vaginal et vulvaire.

Suites de couches normales. Sort le 8 décembre bien portante.

OBS. 87 (1908 n° 1.679). — (Due à l'obligeance de M. Lequeux). Trente-quatre ans. Secondipare. Première grossesse à terme, expulsion en sommet d'une fille vivante.

Dernières règles. 24 mars. Vomissements pendant toute la grossesse.

Arrive à la clinique le 17 décembre à 10 h. 30 du soir.

La température axillaire est de 38° 2. Poche des eaux rompue depuis quatre jours.

Examen. — Utérus transversalement dirigé et complètement rétracté, en état de contracture, impossible à palper. Il semble, cependant, que la tête se trouve à l'extrémité droite du diamètre transverse. Rien dans le segment inférieur. Par le toucher à travers le col extrêmement long, on arrive à bout de doigt sur une partie fœtale qu'on croit être la colonne vertébrale. On n'entend pas les bruits du cœur. Le liquide qui s'écoule est une purée méconiale légèrement odorante. Le segment inférieur est douloureux, sans paraître distendu. On décide d'intervenir.

Sous chloroforme, on introduit le dilatateur de Bossi démuné de ses gaines. Il est enfoncé dans le col, jusqu'au delà de la base des tiges. Lorsqu'on a une dilatation de 4 centimètres qu'on obtient facilement, on retire l'appareil pour lui adapter ses gaines. On constate, au moment où on le réapplique, que le col et le segment inférieur font un long canal, à parois résistantes, limité à sa partie supérieure par un anneau de Bandl, fortement rétracté. On réintroduit le dilatateur et on écarte doucement ses branches ; mais très rapidement on voit couler du sang en abondance. La dilatation correspond à la division 7 de l'appareil, mais comme l'hémorragie continue, on retire l'instrument. On constate alors que, bien qu'enfoncé le plus loin possible dans le col, par le fait de la disposition en couloir dont nous parlions tout à l'heure, l'extrémité libre des baïonnettes, appuyait fortement sur le segment inférieur rétracté. La postérieure droite a effondré la paroi interne de ce canal cervico-segmentaire.

Le Bossi retiré, on essaie d'introduire la main dans l'uté-

rus, mais on est arrêté par un anneau de Bandl rétracté, qui donne l'impression d'un cercle de fer, que rien ne pourra vaincre. Et, de fait, pendant une heure et demie, que va durer l'opération, la main, constamment introduite au niveau de cet anneau, n'obtiendra pas, malgré ses efforts, plus de quelques millimètres de bénéfice, sauf à la fin. Aussi l'embryotomie est-elle rendue très difficile. La présentation est la suivante :

Le fœtus repose par le dos sur l'orifice du segment inférieur, la colonne vertébrale occupe le milieu de l'aire de cet orifice, au niveau de sa région dorsale. On abaisse le bras gauche ; lacs. La tête occupe le côté gauche de l'abdomen, elle est difficilement accessible, située au-dessus et en arrière du corps fœtal.

On essaie de placer l'embryotome-guillotine de Tarnier, mais c'est à l'aveugle que l'on place le crochet, car les doigts ne peuvent aller jusqu'au niveau de l'épaule la plus élevée. Après un nombre assez grand d'applications de l'instrument, qui ne sectionne chaque fois, qu'une partie des téguments, et sans que l'on sache quoi, on renonce à cet appareil, et on essaie d'aller chercher, avec deux ou trois doigts, le cou. On arrive difficilement à l'atteindre avec la main droite : avec la main gauche, on essaie d'opérer avec les ciseaux de Dubois, mais la main gauche inhabile, force à y renoncer. On introduit alors la main gauche, et on arrive à entamer le cou avec les ciseaux droits de Dubois. On sectionne alors plus facilement. On essaie encore l'embryotome Tarnier ; mais si l'on place plus facilement le crochet, on ne peut glisser la guillotine qui bute contre l'épaule inférieure qui obstrue le champ opératoire. On revient au crochet manuel et aux ciseaux de

Dubois, et après une opération extrêmement laborieuse, on arrive enfin à extraire le fœtus.

On est obligé d'avoir recours à la cranioclasie pour avoir la tête restée seule. On perfore la voûte avec le perforateur-alésor Tarnier. On place la branche pleine dans la brèche, et la branche creuse dans la section du cou. Enfin on arrive à l'extraire.

Délivrance artificielle. A l'examen, on constate que le col est déchiré dans toute sa hauteur en arrière et à droite. Cette déchirure continue sur le flanc latéral gauche de l'utérus. Il y a donc déchirure du segment inférieur qui paraît sous-péritonéale. On tamponne l'utérus et le segment inférieur.

On décide d'attendre le lendemain pour intervenir.

Le 18 décembre, on retire le tamponnement. Température 37 degrés. Pouls 88, pas de symptômes péritonéaux. M. Bar constate au toucher, l'affaissement du segment inférieur ; il croit à une rupture sous-péritonéale, mais dans le doute compte intervenir. Cependant, le fait que la femme est accouchée, au milieu de phénomènes fébriles, et comme les symptômes semblent marquer une amélioration, on attend.

19 décembre. — Même état, nuit agitée. Température 38°2. Pas de symptômes péritonéaux.

27 décembre. — Involution utérine lente, mais régulière. Au toucher, on trouve le col déchiré dans toute sa hauteur, avec une prolongation dans la partie droite du Douglas, dont on n'atteint pas le fond.

12 janvier. — La femme est en bon état. Elle est encore au dortoir au moment où nous faisons ce travail.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Nous allons passer en revue, les différents modes opératoires employés, en vue de remédier aux inconvénients de la présentation de l'épaule, l'accouchement dans ces cas-là, ne se faisant pas.

Nous devons dire, toutefois, que lorsque le fœtus est petit ou macéré, l'évolution spontanée, ou l'expulsion *conduplicato corpore* peut avoir lieu. C'est ainsi que, dans notre statistique, nous avons constaté 7 fois l'évolution spontanée, mais les fœtus pesaient de 900 à 1.800 grammes.

Nous ne parlerons pas des versions par manœuvres externes qui ont été faites pendant le cours de la grossesse.

Les résultats en seraient inexacts, car cette intervention a été souvent pratiquée en dehors de la Clinique, et elle n'a pas été toujours relatée sur les registres. Mais nous avons vu employer la version par manœuvres externes au début du travail.

Elle a été pratiquée chez 3 femmes, qui avaient un rétrécissement du bassin plus ou moins prononcé.

Deux fois, l'accouchement s'est terminé par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant.

Dans 1 cas, l'accouchement s'est terminé par une application de forceps en D. P. Enfant vivant.

La version par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks a été tentée dans 4 cas.

Dans 1 cas elle fut insuffisante et l'on dut terminer l'accouchement par une version podalique.

Dans 1 cas, l'enfant mourut pendant l'intervention.

Dans 1 cas, elle fut essayée en vain : on dut pratiquer la décollation.

Enfin dans le dernier cas, l'accouchement se termina spontanément. Enfant vivant.

Les femmes eurent, toutes, des suites de couches normales.

Mais c'est encore la version par manœuvres internes qui reste, comme dans l'antiquité, le procédé de choix. Elle a été régulièrement faite à la Clinique Tarnier, quand on n'avait pu intervenir par la version par manœuvres externes.

Sur les 95 cas de présentations de l'épaule que nous avons relevées, 75 fois la version podalique fut pratiquée soit : 79 0/0.

Dans 2 cas elle fut faite sans succès, et l'on dut intervenir par la basiotripsie.

Voici les résultats des 75 versions :

Nous avons observé 1 cas de mort ;

1 femme eut une rupture du segment inférieur :

on dut pratiquer l'hystérectomie sub-totale. Elle guérit ;

5 femmes eurent de l'infection puerpérale. Dans 3 de ces cas, la poche des eaux était rompue quand les femmes se sont présentées à la Clinique. Elles sortirent bien portantes. Soit une moyenne de 6,6 o/o ;

Enfin 69 femmes eurent des suites de couches normales, soit : 92 o/o.

Comme nous le voyons par ces résultats, la version par manœuvres internes est une opération peu grave pour la mère. Nous sommes d'accord avec le professeur Bar qui dit : « En ce qui concerne la mère, la version peut être réputée une opération sans danger, quand elle est faite dans les conditions voulues... La version faite au *moment d'élection*, chez une femme multipare, ayant un bassin normal ou, s'il est rétréci, assez large pour laisser passer le fœtus tête dernière, sans traction violente, est une intervention bénigne qu'on peut assurer à l'avance pouvoir conduire à bien (1). »

A la clinique Baudelocque, pendant les années 1902, 1903, 1904, sur 23 versions, on ne compte aucune femme morte.

Mais les résultats sont tout différents, si nous examinons ce que sont devenus les enfants extraits :

Sur les 75 enfants, nous trouvons :

5 macérés.

1. P. Bar. *In Pratique de l'art des accouchements.*

15 enfants morts pendant l'intervention, soit 20 o/o.

55 ont été extraits vivants, soit 73,4 o/o.

Mais sur ces 55 enfants :

32 ont du être ranimés, soit 42 o/o.

Parmi ceux-ci :

5 sont morts dans les quarante-huit heures, soit encore 6,6 o/o.

Enfin 17 seulement étaient en bon état, soit 22 o/o.

Dans 2 cas il y eut rupture du cordon.

Deux fois, on constata une fracture de la clavicule.

Dans 1 cas, l'enfant eut une fracture du fémur.

Dans 1 cas, l'enfant présenta une paralysie radiculaire.

Retenons, dans cette statistique, les deux chiffres ayant rapport à la mort de l'enfant pendant l'intervention et pendant les quarante-huit heures qui suivirent ; nous trouvons le chiffre énorme de 20, soit 26,6 o/o.

Nous voyons donc que si la version est bénigne pour la mère, il n'en est plus de même pour l'enfant.

A quoi cela tient-il ?

Il peut se produire, au cours de l'intervention, des lésions des viscères abdominaux. Le foie peut être rompu soit que les mains aient saisi avec violence la paroi abdominale, soit que le fœtus ait été tiré à travers un col rétréci. On peut observer aussi des éclatements au niveau de la rate, des capsules surrénales, etc.

Mais ces ruptures sont rendues plus faciles, par la

congestion des organes. « Le fœtus étant *laminé*, pour ainsi dire de bas en haut, le sang reflue vers les viscères abdominaux sous-diaphragmatiques. Dans tous ces cas il se produit une inondation péritonéale, l'enfant naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé (1). »

Mais ce reflux du sang peut être également cause d'hémorragie profuse dans le médiastin, d'inondation pleurale ou péricardique.

Enfin le laminage peut déterminer une congestion intense de l'encéphale, pouvant occasionner soit une hémorragie méningée, soit une hémorragie cérébrale. Si la congestion est moins intense, l'enfant naîtra en état de mort apparente : ceci explique pourquoi dans 32 cas sur 75, on dut ranimer l'enfant.

Au point de vue de la morbidité, 12 enfants eurent des accidents consécutifs.

2 fractures de la clavicule, 1 fracture du fémur,
2 infections ombilicales, 1 paralysie radiculaire.
6 enfants faibles.

Mais ces résultats ont été obtenus dans des conditions diverses. « L'état de la mère, au moment de l'intervention est un point capital, car le résultat sera d'autant meilleur que la parturiente se présentera dans des conditions d'asepsie suffisantes (2). »

A ce premier facteur, nous devons en ajouter un autre très important, c'est l'état de contracture de l'utérus et la rétraction de l'anneau de Bandl.

1. P. Bar, *loc. cit.*

2. Leconte. Thèse de Paris, 1904.

C'est ainsi que nous avons relevé, dans 10 cas, la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière, rendant l'extraction difficile : le danger fut surtout pour les enfants, dont les uns succombèrent et les autres naquirent en état de mort apparente et durent être ranimés.

Ne vaudrait-il pas mieux dans ces conditions, après avoir pratiqué l'évolution fœtale, ne pas faire l'extraction et laisser l'expulsion se faire spontanément.

« Il est des cas fréquents dans les présentations de l'épaule où il y a rupture prématurée de la poche des eaux, dans lesquels on rencontre du spasme de l'anneau de Bandl et du col ou de la rétraction de ces deux organes. Ces complications peuvent rendre le premier temps de la version difficile, mais possible : elles rendent toujours le troisième temps dangereux, pour l'enfant qui en meurt le plus souvent et pour la mère qui risque des déchirures graves, des hémorragies parfois mortelles, de l'infection. Nous conseillons dans ces cas très dystociques de ne pas faire l'extraction du fœtus (1). »

Dans beaucoup de cas, les versions ne furent pas suffisantes et l'on dut recourir à une intervention sanglante.

Dans 13 cas, on a pratiqué l'embryotomie soit : 13,4 0/0.

De ces 13 femmes :

1. Bardinon. Thèse de Paris, 1906.

2 sont mortes soit 15 o/o.

3 eurent de l'infection puerpérale consécutives et sortirent bien portantes, soit 22 o/o.

Dans 1 cas, il se produisit une rupture utérine sous-péritonéale. La femme guérit sans opération.

Enfin dans 7 cas, il n'y eut aucune complication, soit 53 o/o.

En résumé sur les 95 présentations de l'épaule que nous avons observées, on trouve :

2 femmes mortes, soit 2 o/o.

19 femmes eurent des suites de couches pathologiques, soit 20 o/o.

Sur ces 19 femmes :

13 eurent de l'infection puerpérale.

4 eurent des hémorragies de la délivrance.

1 eut une rupture utérine.

Enfin 74 femmes eurent des suites de couches normales, soit 77 o/o.

Sur les 95 enfants, on remarque :

10 macérés.

24 enfants morts pendant le travail, soit 26 o/o.

7 enfants morts dans les quarante-huit heures, soit 7,3 o/o.

54 enfants vivants, soit 56,8 o/o.

Sur ce nombre :

32 durent être ranimés, soit 59 o/o.

12 enfants présentèrent des phénomènes morbides, soit 22 o/o.

CONCLUSIONS

1° La présentation de l'épaule est liée au défaut d'accommodation normale du fœtus dans la cavité utérine. Elle peut être la conséquence :

D'une malformation utérine (utérus développé transversalement, utérus cordiforme) ;

D'une distension exagérée de la cavité utérine (multiparité, hydramnios, gémellité) ;

De l'obstruction de la partie inférieure de l'utérus, (placenta prævia, tumeurs). Les rétrécissements du bassin d'avant en arrière, agissent dans le même sens.

Dans certains cas, elle est liée à ce que le fœtus, par ses dimensions, ou par suite d'une brièveté du cordon, n'a aucune tendance à s'accommoder.

2° Si l'on range ces causes par ordre de fréquence, on trouve : d'abord la multiparité : 78 multipares pour 17 primipares puis :

Les rétrécissements du bassin d'avant en

arrière.	21 cas :	22 0/0
La petitesse ou la macération du fœtus.	15 » :	16 »
La grossesse gémellaire.	14 » :	14,7 »
L'hydramnios	9 » :	9,4 »

Le placenta prævia.	6 cas :	6,3 o/o
Les malformations utérines.	2 » :	2,1 »
La brièveté du cordon.	1 » :	1 »

Enfin dans 10 cas la cause est inconnue : 10,5 o/o.

3° Les présentations de l'épaule tendent à diminuer. La moyenne de 1898 à 1908 est de 1/163, tandis qu'elle était de 1/139 de 1888 à 1898 à la clinique Tarnier. On peut même prévoir que, bientôt, elles seront les plus rares des présentations. Deux moyens y contribuent :

Consultations gratuites où les femmes enceintes peuvent quotidiennement et à toute heure venir se faire examiner. On peut ainsi les suivre pendant leur grossesse et parer aux complications qui peuvent se produire.

Education obstétricale des jeunes médecins qui savent maintenant reconnaître une présentation de l'épaule et savent intervenir au moment d'élection, d'où disparition à peu près complète des présentations de l'épaule *négligées*.

4° La version par manœuvres internes est bénigne pour la femme, au point de vue de la mortalité, si elle est faite au *moment d'élection*.

Dangereuse pour l'enfant (mortalité 26 o/o) car c'est une opération brutale déterminant de la congestion des organes abdominaux, thoraciques et surtout des centres supérieurs par le laminage de l'enfant qu'elle produit, déterminant également des fractures et des paralysies par les tractions exercées.

BIBLIOGRAPHIE

Bar (P.). — Thèse d'agrégation, 1886.

— Leçon de pathologie obstétricale.

Bar, Brindeau et Chambrelent. — Pratique de l'art des
Accouchements.

Bardinon. — Thèse, Paris, 1906.

Baudelocque. — Traité d'accouchement, 1781.

Budin. — Thèse d'agrégation, 1878.

— Leçons cliniques, 1889.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements, 1890.

Chéron. — Thèse, Paris, 1898-1899.

Cohnstein. — Mémoire sur l'étiol. des prés. norm. des
fœtus.

Davidson. — Transverse présentation. Lancet, Londres,
1892.

Demelin. — Thèse, Paris, 1888.

Depaul. — Dictionnaire Dechambre.

Dubois. — Mémoire sur les causes des présentations.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement.

Dufour. — Thèse, Paris, 1900.

Farabeuf et Varnier. — Version par man. int. dans les
présent. de l'épaule. Journal Médecine et Chirurgie, 1891.

Hergott. — Annales de Gynécologie, avril 1882, t. XVII.

Joulin. — Traité des accouchements. Paris, 1866.

La Chapelle (M^{me}). — Traité des accouchements, 1825.

Leconte. — Thèse, Paris, 1904.

Mauriceau. — Maladie des femmes grosses, 1721.

Nægelé. — Art. des accouchements, 1880.

Pajot. — Diction. encycl. des sciences méd. Art. acc. 1861.

Pinard. — Traité du palper abdominal.

— Des contre-indications de la version.

Planchon. — Thèse, Paris, 1898.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Routier. — Thèse doctorat, 1893.

Simpson. — Cliniques obstétricales (traduites par Chantreuil).

Tarnier-Chantreuil. — Art des accouchements, 1888.

Thévenot. — Gazette hebdomadaire, 1882.

Velpeau. — Traité complet de l'art des accouchements.
Paris, 1835.

Wigand. — De la version par man. ext., 1857.

Vu : le Président de la thèse
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.

